

**Uusi lupa**

**Uusittu lupa**

20.6.2024

Palveluntuottaja: \_\_\_\_\_

Palautusosoite: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

koulutus / ammattinimike

koko nimi ja syntymäaika

on suorittanut Etelä-Karjalan hyvinvointialueen edellyttämät lääketentit ja antanut tarvittavat näytöt osaamisestaan.

**Tämä lupa oikeuttaa** (rasti oikeat vaihtoehdot):

\_\_\_ toteuttamaan luonnollista tietä annettavaa lääkehoitoa lääkärin määräyksen mukaan  
(luonnollista tietä: tabletit, kapselit, liuokset, silmä- ja korvatipat, voiteet, laastarit ja peräpuikot)

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion ihon alle

\_\_\_ antamaan lääkärin määräämän injektion lihakseen

\_\_\_ jakamaan ja antamaan lääkärin määräämän PKV-lääkkeen ohjeen mukaan luonnollista tietä

**Lupa on voimassa neljä (4) vuotta lääkärin allekirjoituspäivästä.**

**Päivämäärä:**

\_\_\_\_\_

**Lääkehoidosta vastaavan lääkärin allekirjoitus ja nimenselvennys:**

\_\_\_\_\_

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

KURSSI	TENTIT	HYVÄKSYJÄ
LOP	Teoria: _____.____.20____ Laskut: _____.____.20____	_____ _____
GER	1: _____.____.20____ 2: _____.____.20____	_____ _____
PKV	_____.____.20____	_____
KIPU	1: _____.____.20____	_____
PSYK	1: _____.____.20____ 2: _____.____.20____ Laskut: _____.____.20____	_____ _____ _____

20.6.2024

Nimi ja syntymäaika: \_\_\_\_\_

LÄÄKKEENJAKO	LÄÄKKEIDEN ANTAMINEN POTILAILLE/ASIAKKAILLE	INJEKTIOIT IHON ALLE	INJEKTIOIT LIHAKSEEN	PKV-LÄÄKKEEN ANTAMINEN (SUUN KAUTTA, INJEKTIONA TAI REKTIOLINA)
1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	1.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	2.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike
3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike	3.____.____.20____ _____ Hyväksyjän nimi ja nimike

Näytöt voi ottaa vastaan laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jolla on riittävä työkokemus ja voimassa oleva lääkelupa.